UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 52

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER ANO-RECTAL AU C. A. C. DE TOULOUSE DE 1955 A 1969

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

par

Francis GUILHEM

Membres du Jury :
- MM. MARQUES — Président
- BRU
- ESTRADE
- GRIMOUD
- MONTROZIES

— Assesseurs

CENTRE D'ÉDITION DE LA FÉDÉRATION DES ÉTUDIANTS DU CORPS DE SANTÉ
Chirurgie Dentaire (A. C. E. C. D. T.) — Médecine (A. C. E. M. T.) — Pharmacie (A. E. P. T.)
22, rue Croix-Baragnon - TOULOUSE - Siège Social : 20, rue Ozenne - Tél. 52.79.98 - C. C. P. Toulouse 956.31

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543906_0027

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 52

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER ANO-RECTAL AU C. A. C. DE TOULOUSE DE 1955 A 1969

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

par

Francis GUILHEM

Membres du Jury :
- MM. MARQUES — Président
- BRU, ESTRADE, GRIMOUD, MONTROZIES — Assesseurs

CENTRE D'ÉDITION DE LA FÉDÉRATION DES ÉTUDIANTS DU CORPS DE SANTÉ
Chirurgie Dentaire (A. C. E. C. D. T.) — Médecine (A. C. E. M. T.) — Pharmacie (A. E. P. T.)
2, rue Croix-Baragnon - TOULOUSE - Siège Social : 20, rue Ozenne - Tél. 52.79.98 - C. C. P. Toulouse 956.31

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE

DE

TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	Monsieur LAZORTHES
Assesseur (Médecine)	Monsieur MONNIER
Assesseur (Pharmacie)	Monsieur BREUILLAUD
Doyens honoraires	MM. GORSE, CALVET, BRUSTIER
Professeurs honoraires	MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS

SECTION MEDECINE

Clinique médicale et cardiologique	MM. MERIEL
Clinique médicale sud	GADRAT
Clinique chirurgicale	N ...
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIE
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BASEX
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	ANDRIEU
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique médicale de la première enfance	BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES
Clinique neurologique et psychiatrique	GERAUD
Clinique obstétricale	PONTONNIER
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT

Clinique ophtalmologique	N ...
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique de pneumo-phtisiologie	DELAUDE
Clinique rhumatologique	RUFFIE René
Accouchement et obstétricie sociale	JAHIER
Anatomie	BASTIDE
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE Jacques
Anesthésie et réanimation	LARENG
Bactériologie et virologie	Mme ENJALBERT
Biophysique médicale A	AUVERGNAT
Biophysique médicale B	BRU
Chimie biologique	VALDIGUIE Pa
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY Jean
Hématologie	RUFFIE Jacques
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Hygiène et médecine sociale	MONNIER
Immunologie	DUCOS
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Pathologie médicale	RIBAUT
Physiologie	LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE Jacques
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie pathologique	MM. BOUISSOU
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Histologie et embryologie	PLANEL
Maladies infectieuses	ARMENGAUD
Oto-Rhino-laryngologie	CLAUX
Pathologie médicale	BOULARD
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	MM. VALDIGUIE Pierre
Chirurgie générale	GEDEON
Chirurgie générale	SARRAZIN

Electro-radiologie	MM. PONS
Histologie et embryologie	GUILHEM
Ophtalmologie	DEODATI
Pneumo-phtisiologie	MIGUERES
Neuro-chirurgie	ESPAGNO Jacques

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	MM. FABRE Jean
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG
Carcinologie	MM. ESTRADE
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCHAPASSE
Electro-radiologie	ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BES
Médecine générale et thérapeutique	BOLINELLI
Médecine générale et thérapeutique	SUC
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Pédiatrie	DALOUS
Pédiatrie	REGNIER
Médecine générale	ARLET Jacques
Médecine générale	RIBET

AGREGES

Médecine générale	MM. CALAZEL
Médecine générale	RASCOL
Médecine générale	LE TALLEC
Chirurgie générale	FICAT
Chirurgie générale	GAUBERT
Dermato et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
Obstétrique	ESPAGNO Guy
Ophtalmologie	BEC

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	SOUQUET
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	M. LABOUCARIE

SECTION PHARMACIE

Botanique et cryptogamie	MM. N ...
Chimie et analytique	PITET
Toxicologie, Hygiène et hydrologie	BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Microbiologie	BREUILLAUD
Pharmacie chimique et pharmaco-dynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique et matière médicale	STANISLAS
Physiologie, zoologie et parasitologie pharmaceutique	ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	MM. COUTURIER
Sciences naturelles	Mme CAUJOLLE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Chimie organique	MM. BERTRAND
Toxicologie	BROUSSY Georges
Zoologie	GAYREL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Botanique	Mme LASCOMBES
Microbiologie	MM. MICHEL Georges
Pharmacodynamie	CROS Jean
Physiologie	DUMAS Jean-Claude
Pharmacie galénique	ROUFFIAC Robert
Chimie biologique	SOULA Georges
Toxicologie	MALBOSC Robert

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal : Monsieur ROCHE

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (délibération en date du 12 mai 1891)

oOo

A MA FEMME, A MA FILLE,

A MES PARENTS,

A MES BEAUX-PARENTS,

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MARQUES
Professeur d'Electro-radiologie
Directeur du C.R.A.C.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur BRU

Professeur de Biophysique médicale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Monsieur le Professeur ESTRADE

Maître de conférence Agrégé de Cancérologie

Vous nous avez guidé et conseillé au cours de l'élaboration de ce travail.

Que celui-ci soit pour vous un gage de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

En témoignage de notre gratitude pour l'accueil bienveillant que vous nous avez réservé et pour l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury.

Monsieur le Professeur MONROZIES

Respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en participant à notre jury.

Monsieur le Docteur CABARROT

Vous nous avez guidé avec la plus grande bienveillance dans la réalisation de ce travail. Nous vous présentons nos sentiments sincèrement reconnaissants.

-=-=-=-=-

RESULTATS du TRAITEMENT CHIRURGICAL du CANCER ANO-RECTAL

au C.A.C. de TOULOUSE

de 1955 à 1969

Le problème du traitement du cancer du rectum est périodiquement remis en question par des études analytiques des résultats constatés.

Le but de ce travail est l'étude des résultats immédiats et lointains du traitement chirurgical du cancer du rectum, effectué au Centre Anticancéreux de TOULOUSE, entre 1955 et 1969.

Le nombre total de malades qui ont consulté au Centre dans ce laps de temps, s'élève à 395. Sur ce nombre, 210 ont subi un acte chirurgical, les 175 autres ont été traités par agents physiques. 53 % des cancers du rectum ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale.

Pour cette étude, 160 dossiers de malades ont été retenus. Tous ces malades ont été opérés au Centre et régulièrement suivis par la suite. 50 dossiers, de malades opérés hors du C.A.C., trop incomplets, ont été écartés. Une telle analyse présente un certain intérêt pour les raisons suivantes :

1) - C'est une statistique homogène : le travail d'un seul chirurgien. Les variations, inévitables au cours de ces quinze ans, résultent de l'évolution des idées retenues de la littérature et de l'acquisition progressive d'une expérience personnelle sur les indications et sur les techniques.

2) - Un recrutement particulier a très probablement marqué les indications opératoires et alourdi les résultats.

Les malades adressés au Centre sont très souvent vus à un stade avancé, considéré comme chirurgicalement dépassé, en vue d'un traitement palliatif par les agents physiques, la chimiothérapie ou une simple colostomie.

Sur le lot de 160 malades retenus, 96 ont bénéficié d'une chirurgie à but curatif, soit 60 %. Ce chiffre illustre bien la nature du recrutement des malades, comparé

aux statistiques de CHAMPEAU et BRUCHON qui ont 86 % d'opérabilité, de F. d'ALLAINES : 90 %, LAHEY : 96 %, BACON : 87 %.

L'extirpabilité est donc assez faible.

Tous les cas retenus pour cette analyse ont été régulièrement suivis, tous les trois mois au début, puis tous les six mois ou tous les ans, grâce aux consultations de contrôle. Cette sélection, si elle a pour défaut de réduire considérablement le nombre de cas étudiés, a pour avantage de pouvoir dégager les résultats avec une précision et une durée qui ne se trouvent pas dans toutes les statistiques publiées.

Remarquons qu'un certain nombre de malades est adressé au Centre dans des conditions correspondant à celles d'un service de chirurgie générale : stade anatomo-clinique plus ou moins avancé, mais avant toute thérapeutique.

Les conditions de recrutement du C.A.C. permettent de dégager un groupe assez particulier d'observations où la chirurgie n'est intervenue qu'en deuxième position, après traitement radiothérapique :

- soit à titre systématique pré-opératoire,
- soit pour lésions de radio-nécrose.

Les 160 cas étudiés ne forment pas un groupe unique, nous l'avons divisé en deux parties :

- cancer de l'ampoule et de la jonction recto-sigmoïdienne,
- cancer du canal anal.

Il peut paraître étonnant d'étudier dans un même chapitre les cancers de l'ampoule et du recto-sigmoïde. Il existe cependant une certaine unité entr'eux : même mode d'envahissement lymphatique.

Les cancers du canal anal sont très différents :

- du point de vue anatomique et pronostique,
- du point de vue histologique.

RESULTATS du TRAITEMENT du CANCER de L'AMPOULE

Sur les 160 dossiers retenus, 140 correspondent à des cancers de l'ampoule ou du recto-sigmoïde.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Nous notons une légère prédominance chez l'homme (56 %) pour 44 % de femmes, ce qui est conforme aux divers chiffres donnés par tous les auteurs.

L'âge moyen des malades est de 64 ans, l'âge moyen des malades opérés à titre palliatif est de 67 ans. On est frappé par l'âge élevé des opérés, mais 38 malades avaient dépassé 70 ans et sur ce nombre, 11 avaient dépassé 80 ans.

A l'autre extrémité de la pyramide des âges, 14 malades avaient moins de 50 ans et le plus jeune 34 ans.

Parmi les sujets âgés de plus de 75 ans, nous trouvons une nette prédominance du sexe féminin : 60 %, alors que les femmes ne représentent que 44 % des malades.

Comme tous les auteurs, c'est entre 60 et 70 ans que nous trouvons le maximum de malades.

Les opérations à but curatif ont leur maximum d'indications de 50 à 60 ans, alors que les opérations à visée palliative ont leur maximum de 60 à 70 ans.

Les hommes sont, en majeure partie, opérés dix ans avant les femmes, aussi bien dans les interventions curatrices que palliatives.

Mais, plus encore que l'âge réel, c'est l'âge physiologique qui est déterminant. De nombreux malades n'ont subi qu'une simple dérivation, non à cause de l'impossibilité d'extirper la tumeur, mais à cause de leurs tares générales, de leur manque de tonus pshychique, prévisible, devant l'agression chirurgicale et devant les suites.

Ages	Total des Interventions	Interventions curatrices	Interventions palliatives
31-40	2	I	I
4I-50	I2	6	6
5I-60	34	28	6
61-70	50	32	I8
71-80	32	I5	I7
+ de 80	10	I	9

Du tableau ci-dessus, malgré les "petits chiffres" on peut, semble-t-il, tirer quelques remarques :

- Au-dessous de 50 ans, âge où, en principe, il n'y a pas de contre-indications d'ordre général, sur 14 cas, il y a 7 interventions à visée curatrice : la moitié seulement. Ceci semble confirmer la gravité des cancers des jeunes. Trois malades sont morts des suites post-opératoires, soit 2I.5 %, huit malades sont morts avant 18 mois, un après 3 ans de survie et un après 5 ans. Il reste un survivant dans ce groupe, en vie 12 ans après et, semble-t-il, guéri.

Tous les malades qui ont subi un anus iliaque étaient porteurs de métastases hépatiques (4) ou pulmonaires (3).

- De 50 à 60 ans (34 malades), on relève 28 interventions à visée curatrice et 6 palliatives : plus des 4/5ème des

malades ont subi une intervention curatrice. Cette tranche d'âge, où les tares générales sont encore dans l'ensemble assez peu prononcées, montre, du point de vue local, une tendance "interventioniste" assez nette.

- De 60 à 70 ans, la proportion de malades opérables est de moins de la moitié des cas, car à cet âge, les contre-indications, d'ordre général, se multiplient.

CONSIDERATIONS CLINIQUES

Les divers troubles qui amènent à consulter peuvent être groupés en deux grands symptomes :

- troubles du transit,
- hémorragie.

SIGNES D'APPEL

I- TROUBLES DU TRANSIT

Ces malades, qui se plaignent de troubles du transit, ont, en fait, un véritable syndrome rectal, fait, soit de diarrhée, soit de constipation, soit de ténesme et épreintes. Si on retrouve une association de ces troubles à un interrogatoire sérieux, c'est, en général, un seul symptome qui a frappé le malade et qui le pousse à consulter.

La diarrhée est le symptome initial pour un malade sur cinq (20 %), mais, en fait, il s'agit souvent d'une fausse diarrhée, qui n'aboutit qu'à l'émission de glaires, de quelques matières avec parfois du sang.

Epreintes et ténesme se rencontrent aussi souvent que la diarrhée (19 %) et amènent, en général, une consultation précoce, car cette défécation douloureuse est un sujet d'inquiétude pour le malade, bien plus que les autres symptômes, même une rectorragie, si elle n'est pas trop abondante. C'est le signe d'appel que l'on rencontre dans plus de 50 % des cas avant 50 ans.

La constipation (13 % des cas), est l'apanage des localisations hautes, car douze cas sur dix-neuf correspondent à la jonction recto-sigmoïdienne. Elle peut être d'apparition très brutale et constituer un véritable blocage.

Une sub-occlusion (3,5 % des cas), peut être l'accident qui permet de soupçonner un cancer.

L'extériorisation de la tumeur à travers l'anus peut représenter l'épisode initial et amener le malade à consulter pour une masse qui le gène. Ce signe représente en réalité un stade évolué de localisations ampullaires basses.

2- HEMORRAGIE

L'hémorragie qui accompagne les cancers du rectum est, en général, peu abondante et mêlée aux selles ; elle est le premier signe chez près de la moitié des malades, mais elle est supportée longtemps avant d'inquiéter, car elle se produit à un âge où les hémorroïdes sont fréquentes. C'est souvent une rectorragie plus abondante qui permet au chirurgien de voir ce malade. Ce n'est pas la présence mais l'abondance de l'hémorragie qui alarme.

Symptôme	Nombre	Pourcentage
Diarrhée	28	20 %
Constipation	19	13 %
Epreintes Ténesme	26	19 %
Occlusion	5	3,5 %
Hémorragie	60	43 %
Divers	2	1,5 %

Les malades, dans 75 % des cas, consultent avant le sixième mois suivant l'apparition de leurs troubles.

La précocité de la consultation est très importante, car sur les 36 malades qui ont une survie de plus de trois ans, 29 ont consulté avant le sixième mois. Depuis quelques années, diverses campagnes d'information attirent l'attention de tout le monde sur la nécessité d'une consultation précoce mais sans grands résultats semble-t-il, dans le cas du cancer du rectum.

La proportion de malades consultant après un an de troubles est toujours la même, de l'ordre de 22 à 23 % avant et après 1964.

Le pronostic est différent, suivant le signe d'appel constaté. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'une hémorragie a débuté la maladie. Une tumeur qui s'ulcère et saigne attire plus rapidement l'attention du malade. Les tumeurs qui évoluent vers la profondeur ne donnent de signe qu'au moment où elles forment obstacle, ou provoquent une irritation importante, alors même si le malade consulte rapidement, il y a déjà une extension.

Comparons la survie suivant les différents signes d'appel dans un tableau :

A N S	O/I/2	I/2/I	III/2	II/2/2	2/3	3/5	+5	
Rectorragies	12	8	6	3	7	I2	I2	60
Diarrhée	9	7	6	4	I		I	28
Constipation	9	3	3		I		3	I9
Epreintes Ténesme	6	2	6	3	4	2	3	26
Occlusions	I	I	2			I		5
Divers			I			I		2

TOTAL = I40

L'on se rend compte que le pourcentage de morts dans les dix-huit premiers mois peut s'établir comme suit :

- Rectorragies	26 morts	sur 60,	soit	43,33 %
- Diarrhée	22 "	" 28,	soit	78,5 %
- Constipation	I5 "	" 19,	soit	79 %
- Epreintes T.	14 "	" 26,	soit	53,70 %

La diarrhée et la constipation sont de loin les signes les plus mauvais du pronostic : les trois-quart des malades ne dépassant pas dix-huit mois de survie.

ETATS PRECANCEREUX

14 malades opérés pour un cancer du rectum (soit 10 % des cas), étaient porteurs d'autres tumeurs.

7 malades étaient porteurs de polypes. Un seul de ces polypes était dégénéré. L'analyse histologique de la pièce opératoire montrait que les six autres polypes n'étaient pas dégénérés, il s'agissait de simple association. La survie moyenne de ces malades a été de 4, 5 ans.

Les 7 autres malades étaient porteurs de tumeurs villeuses ; 5 fois le cancer était développé sur la tumeur villeuse, comme l'a montré l'analyse histologique. Il se confirme que les tumeurs villeuses sont vraiment un état précancéreux, car leur dégénérescence est très fréquente.

Après exérèse, l'étude histologique de la tumeur villeuse doit être complète, sur des coupes en séries, car la dégénérescence peut débuter par les villosités superficielles, mais souvent aussi par la base d'implantation.

La fréquence de ces états précancéreux est différemment appréciée dans la littérature :

- PORTA 2,8 %
- DARGENT 6,66 %
- MOUCHET 9,6 %
- SWINTON 25 %.

Le potentiel évolutif des polypes et des tumeurs villeuses semble être tout à fait différent.

Le polype unique ou l'association de deux ou trois polypes, ne dégènèrent que très rarement, mais on ne doit pas conclure à la bénignité sans arguments histologiques.

Il en va tout autrement dans les cas de polypose familiale, où la dégénérescence est obligatoire tôt ou tard.

Les tumeurs villeuses par contre, sont littéralement des états précancéreux. Dans cette étude, 5 des 7 tumeurs étaient histologiquement des adéno-carcinomes et il faut toujours penser à la possibilité de passer à côté de la zone dégénérée. Ce n'est qu'avec d'importants moyens anatomo-pathologiques que l'on peut affirmer la bénignité de la tumeur.

ASSOCIATION A D'AUTRES CANCERS

Dans 5,7 % des cas (soit 8 malades), un autre cancer était associé au cancer de l'ampoule rectale. Chez sept de ces malades, le cancer rectal n'est apparu qu'en second, parfois même fort tardivement.

Adéno-carcinome de la prostate

Ces deux tumeurs, chez deux hommes de 52 et 53 ans, ont été:1'une découverte concommitante avec le cancer rectal, l'autre postérieure à cette découverte. Cette dernière tumeur n'a, en effet, été découverte que cinq ans après l'intervention sur le rectum. Le malade est mort, deux ans après, d'une métastase cérébrale, vraisemblablement due à son cancer prostatique.

Cancer de l'utérus

Cette association s'est réalisée chez trois femmes :

- Femme de 54 ans : cancer du col utérin il y a 12 ans ; adéno-carcinome du rectum, il y a 5 ans, elle est toujours en vie.

- Femme de 57 ans : elle a présenté un adéno-carcinome utérin en 1959 et rectal en 1960. Elle est actuellement en vie, sans métastase ni récidive.

- Femme de 34 ans : adéno-carcinomes, utérin en 1962, rectal en 1963. Elle est morte en Mai 1965 d'une carcinose abdominale.

Cancer du sein

Il s'agit d'une femme de 78 ans qui a présenté un cancer du sein deux ans avant son adénocarcinome rectal. Elle est morte 18 mois après son amputation.

Epithélioma de l'angle interne de l'oeil droit.

Cet homme de 59 ans a présenté en 1959 un épithélioma baso-cellulaire de l'angle interne de l'oeil droit ; 7 ans après, il présentait un adéno-carcinome rectal. Cet homme présente de plus, des polypes et une tumeur villeuse. En vie actuellement.

Cancer du larynx

Un homme présentait, en 1965, un cancer du larynx : épithélioma spino-cellulaire ; en 1968, un adénocarcinome rectal. Ce malade est mort 5 mois après la création d'un anus transverse.

Ces divers cas posent un problème de carcinologie générale.

L'apparition d'un second cancer, parfois plusieurs années après un premier cancer apparemment stabilisé, semble bien indiquer qu'il existe chez ces malades un terrain spécial très cancérigène.

En même temps, la guérison apparente du premier foyer, la guérison fréquente du deuxième cancer font penser que ce terrain prédisposé garde un important potentiel de guérison.

Cet aspect assez contradictoire des relations "hôte-tumeur" trouvera peut-être une explication quand les problèmes immunologiques posés par le cancer seront mieux connus.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Macroscopie

Perçues déjà au moins 8 fois sur 10, au toucher rectal, les tumeurs du rectum sont toujours vues au retoscope. La forme ulcéro-végétante se rencontre le plus souvent, la face antérieure du rectum est la plus touchée, puis la face postérieure.

Dans 30 % des cas, il s'agit d'une tumeur sténosante ou même en virole, ne permettant pas le passage du tube du rectoscope.

Microscopie

Les tumeurs de l'ampoule rectale et du recto-sigmoïde correspondent, dans leur majorité, à un épithélioma cylindrique glandulaire ou adéno-cancer.

Chez 32 malades, la tumeur avait son pôle inférieur dans le canal anal et son pôle supérieur dans l'ampoule, plus ou moins haut.

L'histologie nous a permis de classer ces tumeurs :

. 25 étaient des adéno-carcinomes et ont été incluses dans les tumeurs de l'ampoule,
. 7 étaient des épithélioma spino-cellulaires et ont été incluses dans les tumeurs du canal anal.

Notons un cas particulier qui est cité ici à cause de son contexte clinique et thérapeutique semblable à celui des tumeurs malignes : un schwannome para-rectal sans dégénérescence.

Le toucher rectal permettait de sentir une masse sous-muqueuse de la face latérale droite du rectum,

qui bombait dans la partie basse, c'était une -masse ferme, lisse et sensible à la pression.

Une ponction de la tumeur ramenait un liquide sanglant dont l'analyse était P2 de la classification de Papandréou.

Tableau montrant la répartition des formes histologiques

Variétés	Nombre	Pourcentage
Adéno-cancers	120	85,7 %
E. malpighiens intermédiaires	5	3,5 %
Polypes T. Villeuses	14	10 %

Le cas non compté ici est le Schwannome.

Topographie

Selon la localisation classique en hauteur, nous avons trouvé :

- Ampoule de 3 à 10 cm. : 74 cas
- Le haut rectum ou la charnière recto-sigmoïdienne au-delà de 10 cm : 66 cas.

Plusieurs cas étaient à cheval sur les limites que nous avons fixées. Nous les avons comptabilisées dans la portion où ils avaient la plus grande implantation.

Nous pouvons plus précisément diviser le recto-

sigmoïde en :

- Ampoule basse, subdivisée en :

  . Ampoule basse pure ..... 34 cas
  . Ampoule basse débordant sur le canal ..... 25 cas

- Ampoule haute (de 6 à 10 cms) ..... 38 cas

- Jonction recto-sigmoïdienne

  Au-delà de 10 cms ..... 43 cas

REPARTITION EN HAUTEUR

- Ampoule basse et canal : 25 cas)
- Ampoule basse ..... : 34 cas) soit 42 %

- Ampoule haute ..... : 38 cas)
- Recto-sigmoïde ..... : 43 cas) soit 58 %

L'étude de la répartition selon les sexes montre une différence notable suivant les diverses hauteurs, comme nous allons le voir dans un deuxième tableau :

REPARTITION EN HAUTEUR SELON LE SEXE

	Ampoule jusqu'à 6 cms.	%	Ampoule au-delà de 6 cms.	%
Hommes	24	40 %	53	65,5 %
Femmes	35	60 %	28	34,5 %

Chez les hommes, les cancers de l'ampoule touchent plus particulièrement la portion de rectum située au-delà de six centimètres ; la jonction recto-sigmoïdienne est la plus exposée.

Chez les femmes, nous trouvons une nette prédominance des cancers bas situés : 60 %,alors qu'elles ne représentent que 46 % de l'ensemble des malades traités. Cette prédominance est importante, elle entraîne la fréquence des propagations à la cloison recto-vaginale et par voie de conséquence, la nécessité d'interventions élargies à la paroi postérieure du vagin.

Cette répartition va à l'encontre de chiffres donnés par certains auteurs et des 57,6 % de femmes atteintes de cancers hauts situés, cités par P. GARNIER ; mais elle se rapproche de la statistique de MAYO : 54 % de femmes dans les cancers du bas rectum.

EXTENSION

1°) Sous-muqueuse

Cette extension se fait en amont et en aval de la tumeur ; elle semble assez réduite, mais est très diversement appréciée suivant les divers auteurs :

- d'ALLAINES : 5 cms.
- DUKES : 3 cms.
- WHEELOCK : 1,5 à 10 cms.

2°) Locale

Cette extension se fait de proche en proche ; la plus importante est l'antérieure, car on trouve le plus de cancers sur la paroi antérieure du rectum.

- Chez l'homme, étaient atteints : une fois le dôme vésical et une fois les vésicules séminales.

- Chez la femme, l'appareil génital est le plus exposé : huit atteintes vaginales et quatre utérines.

L'extension postérieure provoque une difficul-

mostase des vaisseaux présacrés. Cette extension a été une fois sur six la cause de l'impossibilité de l'exérèse au cours de l'intervention.

3°) Lymphatique

Les lymphatiques du rectum sont dispersés :

- extra pelviens : inguinaux,
- Intra pelviens : hypogastriques, sacrés,
- Intra abdominaux : mésentérique inférieure.

Nous allons voir avec quelle fréquence ces ganglions ont été touchés :

- Ganglions inguinaux ..... 3 cas
- Ganglions hypogastriques ..... 4 cas
- Ganglions mésentériques ..... 9 cas
- Ganglions sus-claviculaires ... 2 cas
- Ganglions non précisés ..... 9 cas.

Il faut souligner que la recherche ganglionnaire ne fut pas systématique, seules les masses ganglionnaires perçues pendant l'intervention étaient analysées ; on peut penser que de nombreuses formes infra-cliniques ont échappé à l'analyse, car la dissection de la pièce est restée assez grossière et les moyens d'analyse histologique ont parfois été insuffisants.

L'envahissement de la mésentérique inférieure est toujours dû à des tumeurs hautes, une de l'ampoule haute et huit de la jonction recto-sigmoïdienne.

-=-=-=-=-=-=-

RECIDIVES LOCALES et METASTASES

Les récidives locales ont été les plus nombreuses lorsque la tumeur était à moins de 12 cms. de la ligne ano-cutanée : 27,65 % en-dessous de 12 cms. et 18,6 % au-dessus.

Les métastases hépatiques existent en nombre égal quel que soit le niveau d'implantation de la tumeur. Par contre, c'est une localisation secondaire rare, après exérèse :

- après exérèse : 4 %
- sans exérèse : 30 %

Le foie est l'organe préférentiellement atteint dans l'évolution normale du cancer du rectum.

Les métastases pulmonaires ne sont apparues qu'après une tumeur située en-dessous de 12 cms ; 3 fois, après exérèse et 3 fois après chirurgie palliative.

Deux ascites sont apparues après traitement palliatif pour tumeurs du recto-sigmoïde, après envahissement des anses grêles.

	Tumeur située à moins de 12 cms.		Tumeur située au dessus de 12 cms.	
	Avec exérèse	Sans exérèse	Avec exérèse	Sans Exérèse
Récidive locale	15	* * *	6	* * *
Foie	2	12	I	5
Ascite	0	0	0	2
Poumon	3	3	0	0
Os	4	2	2	0
Cerveau	I	0	0	0

/ QUELQUES OBSERVATIONS des I40 CANCERS de L'AMPOULE RECTALE /

Ces diverses observations ont été choisies parmi les 140 étudiées :

- soit parce qu'elles sont représentatives des observations de nombreux malades,
- soit parce qu'elles mettent en éxèrgue des histologies, des associations, ou des évolutions particulières.

MALADES TRAITES UNIQUEMENT PAR CHIRURGIE

AMPUTATIONS

Femme de 66 ans

Cette malade a consulté pour la première fois, en octobre 1966 pour un syndrome rectal à type d'épreintes et de ténesme apparus il y a 4 mois. Le toucher rectal permettait de sentir une tumeur à 4 centimètres de la ligne ano-cutanée. La rectoscopie visualisait une tumeur sur la face antérieure du rectum, ulcéro-végétante. L'analyse du prélèvement montrait un adéno-carcinome. En octobre 1967, cette malade a subi une amputation abdomino-périnéale. Dans les suites opératoires, on remarque une incontinence d'urines transitoire de 3 mois et ensuite un prolapsus muqueux au niveau de la colostomie, à reprendre chirurgicalement.

Après deux ans, cette malade est en vie, sans signe de reprise locale ou de métastases.

Femme de 67 ans

La première consultation de cette malade remonte à novembre 1967. Elle se plaignait de diarrhée depuis 2 ans. Les divers examens pratiqués permettaient de diagnostiquer un adéno-carcinome de l'ampoule haute. La tumeur siègeait sur la paroi antérieure de l'ampoule et avait des adhérences avec la paroi postérieure du corps utérin. Il a donc été pratiqué en décembre 1967, une amputation abdomino-périnéale élargie par une hystérectomie.

Deux ans après l'intervention, cette malade va bien et est actuellement exempte de toute récidive.

Homme de 53 ans

Ce malade a très rapidement consulté en Juil-

let 1960 pour une rectorragie apparue quinze jours auparavant. C'était un adéno-carcinome de l'ampoule haute. Le 13 Juillet, était pratiquée une amputation abdomino-périnéale avec anus périnéal.

Après neuf ans et demi, cet homme est vivant, indemne de récidive.

Signalons une observation particulière qui n'est pas un cancer, mais qui a été traitée comme tel :

Homme de 51 ans

Depuis trois ans, cet homme souffrait de divers petits troubles rectaux : prurit, douleurs diffuses, quelques faux besoins, pollakiurie, mais état général conservé. En 1966 :

T.R.

Masse sous muqueuse de la face latérale droite du rectum qui bombe dans la partie droite, arrondie, de surface lisse, ferme et sensible à la pression ; mobilité à la poussée abdominale.

La rectoscopie ne montre rien de plus, la ponction de la tumeur ramène un liquide sanglant : P.2.

Un lavement baryté montre une déviation à gauche du rectum et un caecum soulevé ; la vessie paraît normale. Cependant, une amputation du rectum est décidée.

L'analyse de la pièce opératoire permet de définir la nature de la tumeur ;

SCHWANNOME para-rectal sans dégénérescence.

Ce malade est toujours en vie et va très bien, trois ans et demi après son intervention.

Cette observation a fait l'objet de la thèse de Mademoiselle STEPHANI Danièle :"Contribution à l'étude des schwannomes rectaux." Thèse Toulouse 1968, 63 pages, n°I35.

RESECTIONS
==========

Femme de 57 ans

Cette femme consulte en avril 1960, pour une rectorragie apparue il y a un an. La tumeur n'est pas perçue au toucher rectal. Une rectoscopie permet de fixer la limite inférieure de la tumeur à 11 centimètres. La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma adénoïde. Cette malade avait subi, en novembre 1959, une hystérectomie pour adéno-cancer du col utérin. Le deux Mai, est pratiquée une résection antérieure pour extirper sa tumeur rectale. Neuf ans après, cette malade est toujours en vie et indemne de récidive.

Femme de 69 ans

Cette femme consulte en 1956, après un long épisode de rectorragie, pour une tumeur recto-sigmoïdienne. Fin mai 1956, une résection avec abaissement trans-anal est décidée, mais une adhérence avec l'utérus oblige à élargir l'indication et à faire une hystérectomie associée. Malheureusement, six jours après l'intervention, une occlusion avec une hyperthermie à plus de quarante degrés emportait la malade.

Homme de 53 ans

En Avril 1961, cet homme consulte pour des troubles du transit à type épreintes et ténesme depuis plus d'un an. Le toucher rectal ne permet pas de sentir une tumeur que la rectoscopie montre recto-sigmoïdienne. Cette tumeur siège sur un polype et la biopsie montrera qu'il était dégénéré. Fin Avril, ce malade subit une opération de Babcock ; huit ans et demi après, ce malade est en vie sans récidive, mais le contrôle du sphincter n'est pas acquis.

Homme de 71 ans

La première consultation de cet homme au centre remonte au 4/II/59 pour épithélioma basophile de l'oeil droit, traité par rayons X. Le 8/II/66, il revenait dans le

service en ooclusion et subissait le jour même une résection avec abaissement trans-anal et anus transverse temporaire, qui était refermé quarante jours plus tard. L'examen histologique de la pièce montrait un adéno-carcinome mais aussi l'association de polype et de tumeur villeuse. Ce malade était donc porteur de deux tumeurs malignes, d'une tumeur qui dégénère très facilement : tumeur villeuse et un polype.

Cet homme est toujours en vie, trois ans après son intervention et semble exempt de récidive.

MALADES TRAITES SECONDAIREMENT PAR LA CHIRURGIE APRES LA COBALT-THERAPIE

Femme de 49 ans

En Octobre 1957, cette femme consulte pour des rectorragies apparues depuis bientôt un an. En Décembre 1957, elle reçoit 10.200 rads en trois champs pour un adéno-carcinome de l'ampoule. Une récidive locale amène en Septembre 1958, à pratiquer une amputation abdomino-périnéale. Depuis 12 ans, cette malade est en bonne santé et paraît exempt de toute nouvelle atteinte néoplasique.

Femme de 54 ans

Cette femme consulte, en Juin 1964, pour un épisode diarrhéique ; le toucher rectal permet de sentir une tumeur ano-rectale de 5 cms. de hauteur. Cette malade reçoit alors 8.900 rads-tumeur en deux champs ; après cette préparation, l'adéno-carcinome est extirpé par une amputation abdomino-périnéale en Décembre 1964.

Cette malade était déjà venue au Centre en 1952, pour un cancer du col utérin qui fut traité alors par R.X. et cobalt-thérapie.

Cinq ans après son amputation, cette femme est en excellente santé et ne semble pas avoir de récidive ou de métastase de l'un ou de l'autre cancer.

Homme de 60 ans

Cet homme consulte, en Août 1960, pour rectorragies apparues il y a six mois. Le toucher rectal permet de situer le pôle inférieur de la tumeur dans l'ampoule basse. Ce malade reçoit 10.200 rads tumeur en trois champs. Mais une récidive est constatée en Juillet 1963, et une amputation abdomino-périnéale est décidée.

Ce malade s'est ensuite toujours plaint d'incontinence d'urine ; sa survie a été de dix-neuf mois après son opération.

COLOSTOMIES

Homme de 41 ans

La symptomatologie avait débuté, il y a trois mois, par des rectorragies ; la première consultation, en Mars 1962, a permis de mettre en évidence une tumeur à bout de doigt. L'examen général permettait de sentir un foie bosselé et des ganglions sus-claviculaires gauches.

La rectoscopie permettait de visualiser cette tumeur dont le pôle inférieur était à sept centimètres et le supérieur à onze. Sur le fragment biopsié, un adéno-cancer était découvert. Une colostomie était pratiquée le 10/9/62 ; ce malade a survécu deux ans.

Femme de 72 ans

Cette malade a consulté, pour la première fois, en Avril 1958, pour des troubles du transit, apparus il y a quatre à cinq mois à type épreintes et ténesme. Le toucher rectal décelait une tumeur bas située implantée sur l'ampoule et le canal ; l'examen du prélèvement montrait qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome. Cette femme était traitée alors par cobaltthérapie en Mai 1958.

En Mars 1960, il est pratiqué une colostomie pour atténuer la symptomatologie rectale : écoulements, douleur importante.

Les examens systématiques permettaient de mettre en évidence l'apparition de métastases hépatiques.

Une reprise massive,début 1961, a commandé un nouveau traitement par cobalt, mais la malade est décédée en Mai 1961.

Femme de 83 ans

Cette malade a consulté en 1955, à 77 ans, pour perte de poids et rectorragies ; les divers examens pratiqués à l'époque ont permis de mettre en évidence un adéno-carcinome de l'ampoule. Cette malade a alors refusé tout traitement. En Janvier 1961, cette malade est revenue avec une importante fistule recto-vaginale. Une colostomie a été pratiquée et cette femme a vécu jusqu'en Septembre 1961.

Ce cas est très intéressant. Cette femme de 77 ans a vécu jusqu'à 83 ans en ne subissant aucun traitement. Elle a eu plus de 5 ans de survie. Son état a nécessité un anus iliaque en Janvier 1961 et elle est morte en Septembre 1961. La phase terminale de sa maladie n'a donc duré que 8 mois.

Homme de 56 ans

Cet homme vient consulter fin 1968 pour une diarrhée persistant depuis cinq mois. Le toucher rectal ne permet que de suspecter une tumeur très haute ; la rectoscopie montre le pôle inférieur de la tumeur à 9 centimètres l'analyse du prélèvement permet d'affirmer un adéno-carcinome. En Janvier 1969, une laparotomie est pratiquée. Devant l'atteinte des anses grêles, du péritoine, des ganglions, une colostomie est décidée. Auparavant, il y a eu une résection d'une masse englobant ases grêles, côlon, masses ganglionnaires. Deux mois plus tard, il est pratiquée une cobalt-thérapie sur la tumeur.

Ce malade meurt en Mai 1969 avec une carcinose pelvienne et un envahissement ganglionnaire.

Homme de 64 ans

Cet homme consulte, fin 1968, pour des rectorragies qui durent depuis quatre ans. Depuis six ans, cet homme était déjà porteur d'un épithélioma spino-cellulaire du larynx.

Les divers examens montrent qu'il est porteur maintenant d'un adéno-carcinome de l'ampoule rectale. Un anus

transverse est effectué alors, il existe une atteinte sacro-périnéale. Le malade se plaint de douleurs à type de sciatalgies et il s'associe une incontinence d'urines totale. Ce malade meurt le 6/3/69.

T R A I T E M E N T

/ I - CHIRURGIE CURATRICE /

CHIRURGIE CURATRICE

L'exérèse de la tumeur, qui est le but de la chirurgie curatrice, a pu être pratiquée 86 fois ; mais la découverte per-opératoire de métastases importantes, hépatiques en particulier, nous oblige à considérer 7 de ces interventions comme palliatives. En définitive, 79 interventions à visée curatrice.

Le taux d'exérèse est de 61,4 %, ce qui est un chiffre relativement bas. Le taux varie entre les auteurs, de 75 à 90 %.

- MOUCHET : 79 %
- CHAMPEAU: 89 %
- DARGENT : 79 %

Le taux d'exérèse a encore diminué depuis 1964, car sur 60 interventions, il n'y en a que 34 à visée curatrice, soit 56,66 %.

Ceci met bien en évidence le recrutement particulier du Centre, qui ne reçoit de nombreux malades qu'après des essais thérapeutiques divers.

35 femmes et 44 hommes, dont le maximum avait entre 50 et 70 ans, ont subi une chirurgie d'exérèse. Nous allons voir quel était le nombre de cas dans chaque tranche d'âge.

Ages	Hommes	Femmes	Total	pourcentage
31-40	I	I	2	2,5 %
41-50	3	2	5	6,3 %
51-60	I8	6	24	30,4 %
61-70	I3	I9	32	40,5 %
71-80	8	7	I5	I9,0 %
+ de 81	I	0	I	I,3 %

Dans le cadre de la chirurgie à but curatif, plusieurs techniques opératoires ont été utilisées, suivant la localisation de la tumeur et l'état physique et psychique du malade.

Voyons la fréquence de ces diverses méthodes :

1°) AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE

Nous avons 58 amputations abdomino-périnéales dans notre série d'observations. Suivant le mode de terminaison de l'intervention, on peut considérer trois variétés :

a) Amputation abdomino-périnéale avec anus gauche (45 cas)

L'amputation "classique" avec colostomie gauche est satisfaisante du point de vue carcinologique, mais elle est grévée de la très lourde infirmité de l'anus iliaque définitif.

La colostomie, surtout depuis les progrès récents de l'appareillage, est habituellement bien acceptée par les sujets âgés.

Il n'en est pas de même pour des malades plus jeunes, surtout les femmes, ou certains sujets de milieu psychologique et social élevé. C'est pourquoi, à la suite des publications de LEIBOVICI, chez certains malades où une localisation trop basse de la tumeur n'autorisait pas une conservation sphinctérienne, il a été pratiqué une amputation avec colostomie périnéale.

b) Amputation avec colostomie périnéale (8 cas)

Cette intervention n'est acceptable que sous deux conditions :

1°) - Longueur anatomique du côlon sigmoïde et de ses vaisseaux permettant un abaissement au périnée du colon, sans tension et sans restreindre en aucune façon l'étendue de l'exérèse du point de vue carcinologique.

2°) - Milieu psychologique et social permettant une stricte discipline alimentaire et des soins de toilette fréquents et "à la d emande". Constipation habituelle du malade antérieure aux premiers signes du cancer.

Ces conditions sont rarement réunies dans le cadre du recrutement du C.A.C. Il a été pratiqué 8 amputations de ce type. 4 fois il a fallu secondairement établir une colostomie gauche appareillable.

c) Amputations élargies (5 cas)

Nécessitées par l'envahissement antérieur ;
chez l'homme :
- ablation des vésicules séminales, cystectomie partielle du globe vésical ;

chez la femme :
- l'hystérectomie, la résection de la paroi postérieure du vagin, ne présentent pas de difficultés opératoires majeures, n'alourdissent guère le pronostic opératoire et permettent d'obtenir une exérèse carcinologiquement satisfaisante pour les formes ampullaires basses, bien plus décevante chez l'homme.

2°) RESECTIONS (21 cas)

a) Résection antérieure : 10 cas

Réservée aux localisations ampullaires très hautes ou recto-sigmoïdiennes, cette intervention "idéale" exécutée par voie abdominale pure avec rétablissement immédiat de la continuité par suture colo-rectale, est assez rarement indiquée. Une colostomie temporaire "d'amont" est parfois nécessaire pour assurer la sécurité des sutures, dans les formes sub-occlusives.

b) Résection avec abaissement trans-anal : 11 cas

Deux variantes sont utilisées au cours de cette intervention :

- Procédé de TOUPET, par retournement, mais les risques de rétrécissements ultérieurs sont importants. La muqueuse anale est conservée et en principe la sensation de besoin est perçue, mais la destruction d'une importante partie de l'innervation de la muqueuse abolit souvent cette perception.

- Babcock-Bacon, en 1942, préconisèrent d'agaisser le côlon à travers le sphincter externe de l'anus, conservé mais dépouillé de sa muqueuse. Le reproche que l'on peut faire à cette technique est de comporter une exérèse très limitée et peut -être incomplète.

Le succès des résections se juge, du point de vue fonctionnel, sur la valeur de la continence. Sur les 11 cas de résections avec abaissement trans-anal, on compte deux échecs caractérisés, ayant nécessités ultérieurement la création d'un anus iliaque gauche ; 5 malades contrôlent parfaitement leur anus ; et 4 pallient à une continence plus ou moins bonne, par une garniture, et sont malgré tout contents de cette solution. Le contrôle absolu des gaz n'est, en pratique, jamais obtenu.

Ce résumé ne fait que situer les diverses techniques rencontrées dans nos observations.

Répartition des interventions selon la technique choisie -

Sur 79 interventions, 58 ont été des amputations abdomino-périnéales (A.A.P.) et 21 des résections. Nous avons donc globalement :

- A.A.P. ..... : 73,4 %
- Résections ..... : 26,6 %.

Voyons, dans un tableau, la répartition des diverses indications, de 1955 à 1969 :

A.A.P. "simple avec A.I.G.	30	37,9 %
A.A.P. élargie	5	6,4 %
A.A.P. + anus périnéal	8	10,3 %
Cobalt-thérapie puis A.A.P.	15	I8,9 %
Résection antérieure	I0	I2,7 %
Résection + abaissement trans-anal	11	13,8 %

MORTALITE ET MORBIDITE POST-OPERATOIRE

MORTALITE POST-OPERATOIRE

Nous avons eu neuf morts dans les 30 jours suivant l'intervention, soit 11,4 %, ce qui est un chiffre assez élevé pour des interventions à but curatif. MOUCHET cite 5,6 % mais LARRIEU 13,4 % et PEYCELON 15 %.

CAUSES :

Deux morts sont directement imputables au choc opératoire, chez une femme de 45 ans et une de 70 ans. Elles ont présenté toutes deux une insuffisance cardio-respiratoire aigue pendant l'intervention, avec arrêt cardiaque irréversible.

On peut associer à ces deux cas celui d'une femme de 51 ans qui a fait un arrêt cardiaque per-opératoire; des massages cardiaques ont permis la reprise des battements, mais cette malade est restée dans le coma et est morte sept mois après.

Une malade est morte d'une embolie massive quatorze jours après l'intervention. Une autre est morte au sixième jour dans un tableau d'occlusion et une hyperthermie au-delà de 40°.

Un homme de 63 ans est mort avec une azotémie dépassant 4 grammes et une femme de 67 ans, par décompensation de son diabète.

Deux morts sont dues à la conjugaison d'un état général précaire et d'un choc opératoire plus ou moins sévère.

Nous avons donc en résumé :

- 3 arrêts cardiaques per-opératoires,
- I embolie massive,
- I occlusion,
- 2 décompensations : diabète et azotémie très augmentés,
- 2 par état général précaire.

MORTALITE EN FONCTION DU TYPE DE L'OPERATION

Après amputation abdomino-périnéale, il y eut sept morts, après résection antérieure, une, et après résection avec anastomose trans-anale une également, soit deux morts après résection.

Traduisons ces résultats en pourcentage :

- Amputations 12,3 %
- Résections 9,5 %

Nous ne pouvons conclure devant le peu de cas étudiés, mais ces chiffres sont comparables à ceux de OLIVIER, sinon de CHAMPEAU :

OLIVIER :

- Amputations 14,28 %
- Résections 7,50 %

CHAMPEAU :

- Amputations 6,4 %
- Résections 8,5 %

On peut penser que le "choix des malades" considérés comme opérables ou non du point de vue local ou général, est, bien plus que le type opératoire exécuté, déterminant dans le pourcentage de mortalité précoce.

MORBIDITE POST-OPERATOIRE

Les complications post-opératoires signalées ont été :

PRECOCES

Les thromboses veineuses

Les thromboses ont été constatées quatre fois, toujours après amputation. Une a donné une embolie massive, nous l'avons citée parmi les causes de mort précoce. Les trois autres ont été rapidement résolutives sous traitement et n'ont pas donné d'autres complications.

Occlusions post-opératoires

Deux cas d'occlusion ont nécessité une réintervention dans les quinze premiers jours. Il s'agissait, chaque fois d'une occlusion du grêle par bride péritonéale.

Complications pulmonaires

Chez trois malades, on a relevé des complications pulmonaires à type de congestion des bases, en particulier la base droite. La guérison a été obtenue facilement par le traitement médical.

Eviscérations

Trois cas d'éviscérations sont signalés dans les sept jours suivant l'intervention. Chez une femme qui avait subi une amputation avec hystérectomie, l'éviscération avait été reprise avec des fils d'acier, mais dix jours après, se produisait une nouvelle éventration.

TARDIVES

Incontinence d'urines

Neuf malades se sont plaint d'incontinence

d'urine après l'intervention ; sept après amputation, deux après résection. Cette complication fut rapidement résolutive en trois mois chez deux malades. Il s'agissait certainement d'une parésie vésicale et d'une incontinence par regorgement. Une cause neurologique a pu être mise en évidence pour une incontinence. Six malades ont eu une incontinence totale et définitive, sans signe d'amélioration avec le temps, faisant de ces malades des infirmes définitifs.

Les complications urinaires graves se voient presque uniquement chez l'homme. Leur pathogénie, certainement complexe, reste assez imprécise. Le type de l'intervention ne semble pas jouer un rôle prédominant.

Incontinence des matières après résection.

L'incontinence des matières après rétablissement de la continuité a provoqué une gène considérable dans sept cas. Ce manque de contrôle s'est avéré total dans deux cas, chez qui un anus iliaque a du être créé.

Prolapsus et éventration

Chez les malades qui ont eu la création d'un anus iliaque, il s'est constitué 15 fois un prolapsus qui devenait parfois très important et irréductible, nécessitant alors une résection chirurgicale.

Il semble que l'appareillage par poche favorise la création de prolapsus, en particulier lorsqu'il est gardé trop longtemps : sept de nos malades qui ont eu un prolapsus, gardaient souvent leur appareillage pendant la nuit.

Dans 13 cas, sont survenues d'importantes éventrations qui ont nécessité une reprise chirurgicale.

S U R V I E S

De 1955 à 1969, 79 malades ont subi une intervention à visée curatrice. Pour avoir un recul suffisant, nous allons étudier la survie de ces malades :

A) - opérés avant 1964,
B) - opérés en 1965 et 1966,
C) - opérés depuis 1967.

Nous aurons ainsi un recul de cinq ans pour le premier groupe et de trois ans pour le second.

A - SURVIE DES MALADES OPERES AVANT I964

1) RESULTATS GLOBAUX :

Cinquante cinq interventions avec exérèse de la tumeur ont été pratiquées avant 1964, et 51 à visée curatrice. Si l'on élimine 5 morts post-opératoires, sur les 46 malades qui restent, nous avons :

- malades ayant 3 ans de survie : 25, soit 54,35 %

- malades ayant 5 ans de survie : 18, soit 39,13 %.

Survies à cinq ans chez les divers auteurs :

- CHAMPEAU : ..... 49,5 %
- ADLOFF : ..... 45 %
- RISZ : ..... 40 %
- MAC SHERRY : ..... 46,5 %
- JAMES : ..... 44 %

Les résultats obtenus ne sont pas très éloignés des résultats publiés par des équipes qui reçoivent les malades très précocément. Il semble que l'on puisse dégager le chiffre moyen de 45 %, comme résultat des survies à 5 ans.

2) RESULTATS SUIVANT LE TYPE D'INTERVENTION

a) Trente amputations abdomino-périnéales (A.A.P.) avec anus iliaque gauche ont été pratiquées. Il y eut 3 morts post-opératoires. Sur les 27 malades qui ont survécu à l'intervention, 15 ont survécu 3 ans et parmi eux, 9 pendant 5 ans.

b) Sur les 7 A.A.P. avec anus périnéal, 3 malades ont dépassé 5 ans de survie.

c) Il a été pratiqué sept résections antérieures ; une mort pos t-opératoire est à déplorer, donc sur six survivants, nous avons :

- survies à trois ans : 3 cas,
- survies à cinq ans : 2 cas.

Huit anastomoses trans-anales ont été pratiquées avec une mort précoce. Etudions le devenir des 7 survivants à l'intervention :

- Survies à cinq ans : 4 cas;

Tableau montrant le nombre de survies suivant l'intervention (malades opérés avant 1964)

Interventions	Nombre	Survies à 3 ans	%	Survies à 5 ans	%
A.A.P. avec anus iliaque	26	15	57,7%	9	34,6%
A.A.P. avec anus périnéal	7	3	-	3	42,8%
Résection antérieure	6	3	50 %	2	33,4%
Résection avec anastomose T.A. ..	7	4	-	4	57,2%

D'une manière globale, nous avons :

- Amputations : 35,3 % de survies à 5 ans,
- Résections : 46,I5% de survies à 5 ans.

Comparons ces chiffres avec les résultats obtenus :

- CHAMPEAU

  - Amputations : 48,5 %
  - Résections abdominales ..... : 63 %
  - Résections abdomino trans-anales ..... : 30 %.

- OLIVIER

  - Amputations ..... : 40 %
  - Résections ..... : 37,5 %

- COPELAND

  - Amputations ..... : 43,4 %
  - Résections ..... : 33,3 %

Les résections sont des opérations séduisantes, grâce aux perspectives de conservation du sphincter, mais la valeur carcinologique doit rendre prudent, car une hypothétique conservation du contrôle des matières ne doit pas amener à faire une intervention trop économique.

3) RESULTATS SUIVANT LE SIGNE D'APPEL

Nous avons également pu mettre en évidence une corrélation entre la survie à plus de 5 ans et le mode de début de la maladie, le signe d'appel.

De nombreux malades qui ont un trouble du transit comme signe d'appel meurent dans les dix huit mois ; mais les survivants de cette catégorie ont une chance non négligeable de vivre plus de cinq ans après leur intervention, sauf ceux qui ont débuté leur maladie par une diarrhée.

- Survie à 3 ans : 73 %
- Survie à 5 ans : 55 %/

Quatre de ces malades sont actuellement en vie, indemnes de récidive ou de métastases, 1'un après 12 ans, un après 6 ans et 2 après 5 ans.

Tous les malades qui ont survécu moins de 5 ans ont eu pratiquement tous une récidive locale, un seul est mort d'une métastase (cervicale).

Quatre de ces malades sont morts d'une récidive locale apparue entre 4,5 et 5,5 ans après 1'intervention. Le délai de 5 ans, pour parler de guérison, semble un peu court.

b) Malades ayant seulement subi une chirurgie à visée curatrice.

Avant 1964, 28 malades n'ont subi que la chirurgie comme premier traitement de leur cancer ; 8 malades ont eu en plus une cobalt-thérapie pour récidive locale. Trois malades sont morts des suites opératoires.

Il nous reste donc 33 cas à étudier, 22 amputations et II résections.

II malades qui avaient eu une amputation étaient en vie trois ans après 1'intervention et, parmi eux, 6,cinq ans après.

Six malades qui avaient subi une résection étaient en vie trois ans après 1'intervention ; ces 6 malades étaient toujours en vie 5 ans après.

Survie : pourcentage		3 ans	5 ans	
Irradiation pré-opératoire		73 %	55 %	
PAS D'IRRADIATION	Amputations	50 %	27 %	soit 36%
	Résections	55 %	55 %	

Le pourcentage global de survie à 5 ans chez les malades qui n'ont pas subi d'irradiation pré-opératoire est de 36 %. Les résultats semblent meilleurs pour les malades ayant subi une irradiation par le cobalt 60 avant l'intervention (55 %) que pour ceux traités par la chirurgie (soit 36 %).

Pour ce cancer réputé relativement radio-résistant, l'irradiation pré-opératoire augmente les chances de survie.

Par ailleurs, les résections ont un pronostic lointain plus favorable que les amputations.

-=-=-=-•-=-

CAUSES DES DECES SECONDAIRES

Nous avons pu établir que trois malades étaient morts d'une affection intercurrente et non de leur cancer :

- deux morts par accident vasculaire cérébral,
- un mort d'une décompensation de son diabète.

Pour les 35 malades restant :

- cinq sont morts dans les suites post-opératoires,
- trente sont morts de l'évolution de leur cancer.

Pour ces derniers :

- six avaient des atteintes ganglionnaires, de la chaîne mésentérique inférieure, prouvées par l'examen de la pièce opératoire ;

- quatorze ont présenté des récidives locales, dont trois étendues au vagin, deux à l'utérus et deux à tout le périnée.

Par ailleurs, nous avons noté :

- trois occlusions,
- trois métastases hépatiques,
- trois métastases osseuses, deux sacrées et une cervicale.
- une métastase pulmonaire.

Chez dix malades, récidive locale et métastase hépatique, envahissement ganglionnaire et métastase pulmonaire, coexistaient.

-=-=-=-=-

B - MALADES OPERES EN I965-1966

Durant ces deux années, 16 malades ont subi une intervention à visée curatrice. Il y eut une mort post-opératoire ; nous avons donc à étudier le devenir de 15 cas.

10 cas concernaient des amputations et 5 des résections.

- 7 survies à 3 ans, après amputation, soit 70 %,
- 2 survies à 3 ans, après résection, soit 40 %.

Le nombre de cas ayant subi une amputation est trop faible ici pour en tirer une indication statistique.

Globalement, pour ces deux années, nous avons 60 % de survies à 3 ans, ce qui semble un chiffre meilleur que celui correspondant à la période précèdente, 1955-1964 : 54,35 % de survies à 3 ans.

Les 9 malades en vie après 3 ans, sont en vie à ce jour et ne présentent pas actuellement de signes de récidive ou de métastase décelables.

Cause des décès secondaires

Six malades sont morts de leur cancer :

- 3 envahissements ganglionnaires,
- 2 récidives locales,
- I métastase pulmonaire.

C - MALADES OPERES DEPUIS I967

Depuis 1967, 14 malades ont subi une intervention chirurgicale à visée curatrice.

12 ont subi une amputation, 2 une résection.

Il y a eu deux morts dans la période post-opératoire, dans le groupe qui a subi une amputation.

Voyons quel est le devenir des 12 cas :

- 8 malades sont en vie, dont 5 depuis plus de 18 mois,

- 4 malades sont morts :

  2 par récidive locale,
  2 par envahissement ganglionnaire.

-=-=-=-=-

C O N C L U S I O N

Soixante et quinze malades ont subi une intervention à visée curatrice et ont survécu aux suites post-opératoires. Trente cinq ont vécu trois ans après l'intervention et dix-huit d'entr'eux plus de cinq ans.

Un groupe de trente malades est actuellement en vie. Il comprend des malades opérés depuis peu et aussi des malades qui peuvent être considérés comme guéris : treize sont dans ce cas. Six de ces derniers malades ont une survie dépassant huit ans, le maximum étant actuellement de douze ans.

Quarante malades sont morts de récidives ou de métastases :

- 18 récidives locales qui pouvaient s'étendre au vagin, à l'utérus, à la vessie, à tout le périnée,
- 12 envahissements ganglionnaires,
- 2 métastases osseuses,
- 3 métastases hépatiques,
- 2 métastases pulmonaires,
- 3 occlusions.

-=-=-=-=-=-=-

T R A I T E M E N T

II - CHIRURGIE PALLIATIVE

CHIRURGIE PALLIATIVE

Dans le traitement du cancer, on parle de chirurgie palliative lorsqu'on ne peut pratiquer l'exérèse de la tumeur, ou lorsqu'on laisse en place des métastases. Cette chirurgie comporte essentiellement la création d'anus iliaques gauches. Quelques interventions d'exérèse (amputations) à but palliatif ont été éxécutées sous certaines conditions précises.

Quoique temporaires, les avantages de cette chirurgie sont importants. Il s'agit d'une intervention relativement bénigne, qui peut se pratiquer sous anesthésie locale, chez des sujets âgés et déficients.

La dérivation permet une rémission de la symptomatologie, mais la tumeur poursuit son évolution, et les derniers jours de ces malades sont particulièrement pénibles.

54 malades ont subi la création d'un anus iliaque gauche et 7 une amputation abdomino-périnéale palliative, soit un total de 61 malades.

Cette série comporte 34 hommes et 27 femmes.

- Hommes 34, soit 55,75 %;
- Femmes 27, soit 44,25 %

Répartition des malades par décennies :

AGES	HOMMES	FEMMES	T O T A L
31-40	1	=	1
41-50	4	3	7
51-60	6	4	10
61-70	11	7	18
71-80	8	8	16
81 et +	4	5	9

TOTAL : 61

Nous remarquons ici encore que les hommes sont atteints plus tôt que les femmes.

Nous pouvons encore noter que le maximum de malades, qui n'ont pu bénéficier que d'une intervention palliative, se situe entre 60 et 80 ans (34 cas) et remarquer aussi qu'après 80 ans on ne peut pratiquement plus faire de chirurgie à visée curatrice. (Sur 10 malades de plus de 80 ans, 9 ont subi une intervention palliative.)

-=-=-=-=-=-

MORTALITE ET MORBIDITE POST-OPERATOIRES

DES INTERVENTIONS PALLIATIVES

A- Mortalité post-opératoire

Dans les trente jours qui ont suivi l'intervention, il y a eu à déplorer 10 morts, ce qui fait 16,4 % de mortalité post-opératoire. Pour ADLOFF, la mortalité immédiate est de 14,2 %, pour CHAMPEAU 29 %.

Rappelons que ce taux était de 12 % pour les interventions d'exérèse considérées comme beaucoup plus lourdes (amputations et résections réunies). C'est là un fait d'observation générale.

CAUSES -

Deux malades ont eu un arrêt cardiaque per-opératoire irréversible.

Deux malades sont morts le deuxième jour, de décompensation cardio-circulatoire, en particulier un homme de 44 ans.

Un homme est mort cinq jours après son intervention. Au départ, une amputation devait être réalisée mais le côlon ne peut être décollé du plan sacré et il y eut des difficultés d'hémostase veineuse.

Un homme est mort 28 jours après son intervention avec un taux d'urémie voisin de 4 grammes.

Les 4 autres avaient un état général très altéré.

B- Morbidité post-opératoire

Les complications post-opératoires signalées ont consisté en :

Thromboses veineuses

Deux malades ont présenté une phlébite du membre inférieur dans les 10 jours suivant l'intervention. Dans les deux cas, l'évolution a été satisfaisante sous traitement.

Complications pulmonaires

Dix malades ont présenté une complication pulmonaire au décours de leur opération, à type de congestion.

Gêne occasionnée par l'anus artificiel

De nombreux malades se sont plaints d'évacuation anarchiques mais ce trouble s'améliorait lorsque la nécessité d'une hygiène alimentaire particulière était acceptée. Chez un seul malade, le trouble apporté par la présence de l'anus iliaque fut tel qu'il se développait un véritable syndrome obsessionnel.

Incontinence d'urine

Après création d'un anus transverse, un malade s'est plaint d'une incontinence d'urine qui fut définitive, et ceci chez un homme de 64 ans.

Prolapsus de la colostomie

Quatre malades ont présenté un prolapsus assez important pour nécessiter une résection chirurgicale.

Parmi ces malades, deux femmes de 72 et 77 ans, avaient refusé tout traitement pendant de nombreuses années. Elles avaient présenté les premiers signes de leur cancer respectivement 6 ans et 3 ans avant l'occlusion qui a nécessité la colostomie.

Dans les deux cas, il s'agissait de formes basses, localement très évoluées et prouvées histologiquement. Après l'intervention, les survies ont été brèves (5 et 8 mois).

Donc, l'évolution spontanée d'un adéno-cancer du rectum peut être extrêmement longue, surtout chez les sujets âgés. La moyenne de 27 mois de survie trouvée par SHIMKIN doit être considérée comme un minimum. Ces cas particuliers exigent une certaine prudence dans l'étude des résultats des cancers traités;

Enfin, un dernier malade a subi une électrocoagulation d'un adéno-cancer développé sur tumeur villeuse et dans un deuxième temps, une colostomie pour incontinence stercorale. Il est en vie 5 ans et demi après le traitement et indemne de récidive locale.

B- Malades ayant subi une amputation abdomino-périnéale à titre palliatif

Sept malades ont subi un tel protocole thérapeutique et six ont survécu à l'intervention.

La découverte inattendue de métastases hépatiques à l'intervention ne permettait pas de chirurgie curatrice ; toutefois, les bonnes conditions générales et locales d'opérabilité ont fait porter l'indication d'une exérèse à visée palliative, dans le but d'obtenir une survie plus longue et plus confortable.

La survie moyenne de ces six cas a été de 10 mois, soit un mois de moins que ceux qui n'ont pas eu d'exérèse. On peut mettre en doute dans ces conditions la valeur d'une exérèse de "confort".

5 malades sont morts dans la première année, soit 83,33 % ;

1 malade est mort après 18 mois de survie.

S U R V I E S

61 malades ont subi une chirurgie à visée palliative.

10 sont morts des suites post-opératoires ; nous avons donc à étudier le devenir de 51 cas.

1) - Malades ayant subi une irradiation pré-opératoire : 10

10 malades ont eu un traitement cobalt-thérapie en premier lieu.

L'anus iliaque n'a été créé que pour mettre au repos la portion distale du rectum atteinte de rectitite. L'anus iliaque a été créé, en général, dans les six mois suivant l'irradiation.

Actuellement, un seul malade est en vie après 15 mois. La survie moyenne des autres est de 12 mois.

- 6 sont morts dans la première année, soit 60%
- 3 sont morts dans la deuxième année, soit 30%
- I en vie avec un recul de 15 mois.

2) - Malades traités initialement par la chirurgie palliative : 41

Sur les 41 cas regroupés ici, 35 ont eu un anus iliaque et 6 une amputation abdomino-périnéale.

a) Malades ayant subi un anus iliaque

La durée moyenne de survie a été de 11 mois.

- 23 malades sont morts dans la première année, soit 66,8 %;
- 7 malades sont morts dans la deuxième

année, soit 21,0 %
- 2 malades sont morts dans la troisième année, soit 6,1 %
- 2 malades sont actuellement en vie, soit 6,1 %

Actuellement, deux malades sont en vie seulement avec une dérivation pour tout traitement.

- I opéré depuis 8 mois,
- I opéré depuis 30 mois.

CAUSES des DECES SECONDAIRES

Tous les malades sont morts de leur cancer, tout au moins pour les 49 malades dont nous connaissons la cause de décès.

Deux malades sont morts pour une cause indéterminée.

12 cas de propagation locale étendue trois fois au vagin et une fois à l'utérus.

5 cas présentaient une véritable carcinose pelvienne,

10 cas présentaient un envahissement ganglionnaire important,

18 cas présentaient des métastases hépatiques,

3 cas présentaient des métastases pulmonaires,

I cas présentait des métastases osséuses de la colonne vertébrale.

-=-=-=-=-

C O N C L U S I ON

Les résultats de la chirurgie palliative nous prouvent que les malades qui ne peuvent bénéficier d'une chirurgie d'exérèse ne peuvent prétendre qu'à une survie moyenne de 12 à 18 mois.

Les exérèses palliatives ne permettent pas une survie plus longue, mais constituent des interventions importantes, aux suites opératoires longues et bien plus complexes que celles d'une simple dérivation. Il semble donc que les exérèses "de confort" soient illusoires.

-=-=-=-=-=-=-

RESULTATS du TRAITEMENT du CANCER du CANAL ANAL

Vingt dossiers correspondent à un cancer du canal anal. Nous étudierons à part deux lymphosarcomes ; restent donc 18 malades.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Contrairement aux cancers de l'ampoule, nous trouvons une très forte proportion de femmes, - presque les trois quart, - puisque sur 18 malades nous avons 13 femmes.

Pratiquement, tous les auteurs, tels LOYGUES, GINNEL, admettent ce fort pourcentage de femmes dans cette localisation. Seul BENSAUDE a publié une statistique contradictoire où il trouvait, sur 120 cas :

- Hommes : 66, soit ..... : 55 %
- Femmes : 54, soit ..... : 45 %.

Ce cancer se voit plus tardivement que celui de l'ampoule, car il n'a pas atteint de malades avant 50 ans.

La pyramide des âges est la suivante :

- 51-60 ans : 4 cas
- 61-70 " : 10 cas,
- 71-80 " : 3 cas,
- 81 " : 1 cas.

L'âge moyen des malades est de 66,5 ans, ce qui constitue un chiffre élevé. Comme toujours, nous constatons que les hommes sont atteints plus tôt.

- âge moyen des hommes : 64,5 ans.
- âge moyen des femmes : 67,5 ans.

-=-=-=-=-

CONSIDERATIONS CLINIQUES

SIGNES D'APPEL

Rectorragies, diarrhée, constipation, épreintes et ténesme, sont les divers signes qui ont amené les malades à consulter.

La rectorragie est le signe initial le plus rencontré car il est présent chez les 2/3 des malades : 12.

Pour trois malades, ce sont des diarrhées importantes, 15 à 20 selles liquides par jour dans un cas qui amènent à oonsulter ; pour trois autres ce sont des douleurs et pour deux, l'installation rapide d'une constipation.

ETATS PRE-CANCEREUX ET ASSOCIATION DE CANCERS

Etat pré-cancéreux

Chez un homme de 59 ans, la lésion initiale est un polype. L'analyse de la biopsie montre la dégénérescence de ce polype, puisqu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Après exérèse de la tumeur, ce malade est en vie cinq ans après.

Association de cancers

13 ans avant la découverte d'un épithélioma spino-cellulaire, une femme avait déjà été traitée pour cancer de l'utérus.

Elle est morte un an après son intervention sur l'anus, de métastases hépatiques et pulmonaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopie

Les cancers du canal anal forment de petites tumeurs longtemps mobilisables. La base ne devient indurée que tardivement. La plupart de celles qui sont décrites dans nos observations sont suintantes, ulcérées.

Microscopie

Les tumeurs développées en grande partie au dépens du canal et qui étaient histologiquement des adénocarcinomes ont été systématiquement classées dans les tumeurs de l'ampoule.

Six tumeurs qui débordaient sur l'ampoule et qui étaient des épithéliomas différenciés, sont classées dans les cancers du canal.

Treize cancers sur dix-huit sont des épithéliomas malpighiens, spino-cellulaires ; quatre basocelulaires et un différencié.

Pour une malade, le diagnostic d'une tumeur de la marge de l'anus a été très précoce, car il s'agissait histologiquement d'un épithélioma malpighien "in situ".

EXTENSION

L'extension de ces cancers se fait d'une manière préférentielle par envahissement ganglionnaire. sur 10 cas où le cancer était étendu, 8 cas concernaient un envahissement ganglionnaire :

- Envahissement g.g. inguinaux .... 5 cas,
- Envahissement g.g. hypogastriques 3 cas,
- Métastases hépatiques et pulmonaires ..... 1 cas.

/ QUELQUES OBSERVATIONS DU CANCER DU CANAL ANAL /

INTERVENTIONS A BUT CURATIF

Homme de 68 ans

Consulte en Juillet 1957 pour une rectorragie apparue il y a deux mois. L'inspection permet de voir une tumeur de la marge de l'anus et la biopsie donne la nature de cette tumeur : épithélioma spino-cellulaire.

Quelques jours après, est pratiquée une électro-coagulation de la tumeur et une dérivation par anus iliaque gauche temporaire pour permettre la cicatrisation. Le rétablissement de la continuité digestive a lieu en février 1959.

Actuellement, 12 ans après l'intervention, ce malade est en bonne santé et n'a pas de récidives.

Femme de 52 ans

Des rectorragies, apparues il y a six mois, amènent cette malade à consulter en Avril 1966. Au toucher rectal, on perçoit une masse occupant le canal et l'ampoule. La biopsie permet de savoir qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde spino-cellulaire et de considérer cette tumeur comme un cancer du canal anal.

En Février 1966, a lieu une amputation abdomino-périnéale ; au décours de l'intervention sont mis en évidence des ganglions iliaques externes et hypogastriques ; l'histologie prouve leur envahissement et,plus tard, sera instituée une cobalt-thérapie sur cette zone.

Cette malade est toujours en vie trois ans après son intervention.

INTERVENTIONS A BUT PALLIATIF

Femme de 70 ans

Epreintes et ténesme depuis quatre mois ont amené cette malade à consulter pour un épithélioma qui s'est révélé être spino-cellulaire.

Le 22 Juin 1967, une amputation abdomino-périnéale est pratiquée, élargie à une exérèse de la face postérieure du vagin. L'utérus a été enlevé en 1954 pour cancer.

A l'intervention, trois métastases hépatiques ont été mises en évidence ; et dans les mois suivants, les radios ont permis de noter l'apparition d'opacités pulmonaires.

Cette malade est morte un an après son intervention.

Femme de 68 ans

En Mai 1968, il a été découvert chez cette malade un épithélioma épidermoïde ; depuis cinq mois, s'était installée une rectorragie.

En Juin 1968, il a été fait 5.000 rads sur la tumeur en cobalt-thérapie et 3.500 rads endo-cavitaires. Un anus iliaque est pratiqué pour mettre le rectum au repos.

Actuellement, il persiste un module palpable, régulièrement suivi et dont l'évolution semble stabilisée.

°
° °

Deux observations particulières concernent des lymphosarcomes.

Bien que débordant de notre cadre, il est intéressant de les citer.

Homme de 57 ans

Depuis six mois, cet homme présentait une constipation opiniâtre.

Le toucher rectal permettait de sentir une importante masse sous-muqueuse, ulcérant la paroi antérieure du canal. Une biopsie permettait de connaître la variété histologique : lymphosarcome. Ce malade a reçu 10.800 rads en trois champs, par cobalt-thérapie, mais la tumeur n'a pas réagi à ce traitement. Il était créé en même temps une dérivation par anus iliaque. La radioscopie pulmonaire montrait un "lacher de ballons", qui fut confirmé par les graphies.

Cet homme est mort quatre mois après la dérivation.

Homme de 51 ans

C'est par des troubles du transit à type épreintes et ténesme, qu'a débuté il y a cinq mois l'histoire de ce malade.

Lors de la première consultation, un toucher rectal permet de sentir une tumeur envahissant le canal et la partie basse de l'ampoule. Le résultat de la biopsie précisait la nature de cette tumeur : lympho-sarcome. Un anus iliaque était effectué et la tumeur traitée par télé-cobalt. Mais la tumeur ne réagissait pas et le malade mourait en deux mois, avec un très important envahissement ganglionnaire.

T R A I T E M E N T

Les traitements chirurgicaux mis en oeuvre pour les cancers du canal anal comprennent :

L'amputation abdomino-périnéale

Avec les mêmes avantages que dans le traitement des cancers de l'ampoule, mais avec le désavantage ici qu'il est pratiqué une large brèche périnéale dont la cicatrisation est très longue.

L'excision par électro-coagulation

Qui est une technique simple et bénigne, mais dont la valeur est restreinte au point de vue carcinologique. Cette méthode doit être réservée à des tumeurs bien accessibles, sans base indurée, et peu volumineuses.

I - CHIRURGIE CURATRICE

Deux cas ont subi une chirurgie à visée curatrice ; la mortalité a été de 1 cas : une embolie pulmonaire massive.

Il nous reste donc à étudier le devenir de 10 cas. Sur les 10 cas, nous avons :

- 7 malades qui ont subi une amputation abdomino-périnéale dont 4 après cobalt-thérapie,
- 3 malades qui ont eu une excision par électro-coagulation.

Les malades opérés après cobalt-thérapie forment un groupe particulier, car il s'agit, en fait, d'une intervention sur récidive.

a) Irradiation pré-opératoire

Quatre malades ont eu une cobalt-thérapie 4 à 5 mois avant leur intervention.

3 sont morts dans la première année suivant la chirurgie, un seul est en vie après deux ans, sans signes de récidive actuellement.

b) Chirurgie seule

I - Amputations abdomino-périnéales (A.A.P.)

Trois malades ont subi une intervention avec amputation. Un malade a survécu deux ans, les deux autres ont 2,5 et 3,5 ans de survie.

2 - Excision par électro-coagulation

Sur trois excisions pratiquées, il y a actuellement trois survivants.

Sur les cinq cas opérés avant 1964, ce groupe compte les deux seuls cas dont la survie a dépassé 5 ans (5 et 12 ans).

S U R V I E S

Six malades sont actuellement en vie :

3 après excision :

. 1, après 12 ans, sans récidive ni métastase,
. 1, après 5 ans sans récidive ni métastase,
. 1, après 1 an sans récidive ni métastase.

2 après amputation seule :

. 1, après 2,5 ans, sans récidive ni métastase,
. 1, après 3,5 ans, mais avec envahissement ganglionnaire diffus.

I après irradiation pré-opératoire :

. 1 après 2 ans, sans récidive ni métastase.

Le traitement des récidives après agents physiques par une A.A.P. donne de mauvais résultats. Par contre, l'électro-coagulation sur petites tumeurs ou l'amputation sur tumeurs volumineuses, ont donné des résultats satisfaisants.

II - CHIRURGIE PALLIATIVE

7 malades traités initialement par cobalt-thérapie ont subi ensuite un anus iliaque gauche pour rectite.

Actuellement, 4 malades sont morts :

- 2 dans la première année,
- I après 2 ans et I après 3 ans,

tous quatre avec un très important envahissement ganglionnaire.

3 malades sont en vie :

- I après 1 an et avec un envahissement ganglionnaire inguinal,
- I après 1,5 an, avec une lésion qui semble stabilisée ou qui évolue très lentement,
- I après 2,5 ans sans signes de récidive.

°

° °

Il est à remarquer que les chances de survie après cobalt-thérapie sont très faibles, si la tumeur continue à évoluer.

La chirurgie alors ne peut que retarder l'évolution et la rendre moins pénible, mais n'a pas une valeur curative.

-=-=-=-=-

CAS PARTICULIERS

Citons ici deux cas particuliers de tumeurs du canal anal : deux lympho-sarcomes qui ont été traités chirurgicalement après échec de télé-cobalt-thérapie.

Ces tumeurs, habituellement radio-sensibles, n'ont pas réagi dans ces deux cas au traitement ; ces deux malades n'ont pu bénéficier d'ailleurs que d'un anus artificiel.

Il s'agit de deux hommes de 51 et 57 ans, qui avaient présenté douleurs et constipation quelques mois auparavant. Ils ont reçu tous deux une physiothérapie 5 mois avant la création de l'anus iliaque et n'ont survécu que deux et quatre mois à l'intervention.

L'un présentait des métastases pulmonaires et l'autre un envahissement des ganglions mésentériques.

Le pronostic des sarcomes est mauvais quand ces tumeurs réagissent à la cobalt-thérapie, mais devient des plus sombre lorsque ces tumeurs sont radio-résistantes.

-=-=-=-=-

C O N C L U S I O N

Dans ce travail, nous avons tenté de chercher à faire un bilan de la chirurgie du cancer ano-rectal, telle qu'elle a été pratiquée ces quinze dernières années au Centre Anti-Cancéreux de Toulouse par le même chirurgien.

40 % des malades environ n'ont pu bénéficier d'une exérèse ; ce chiffre trop important tient en partie au recrutement du Centre, mais pose aussi, d'une manière aigue, le grave problème de prophylaxie et d'éducation du public. Trop de malades préfèrent minimiser leurs troubles que d'envisager une consultation qui leur fait peur.

Lorsque l'exérèse était possible, les indications ont été posées classiquement, suivant la hauteur de la tumeur : amputation lorsque la tumeur était perceptible au toucher rectal, c'est-à-dire vers 10 centimètres et résections, a donné des résultats bien meilleurs que ceux des amputations seules.

Un problème se pose, dans le cas où des métastases sont découvertes avant l'intervention ou au cours d'une laparotomie exploratrice, sur la conduite à tenir.

Si une amputation palliative peut sembler préférable pour le confort du malade, nous ne pensons pas que la survie soit suffisante pour contrebalancer les ennuis d'une longue période post-opératoire. Les 7 malades qui correspondaient à ce cas n'ont eu une survie moyenne que de 10 mois.

Malgré la critique actuelle de nombreux auteurs sont contre la colostomie seule ; il semble que l'amputation systématique chez des malades qui présentent des métastases soit un acte important que les résultats n'imposent pas. Vu les résultats actuels, cette attitude doit être réservée à des cas d'espèces : douleurs trop importantes, intervention "psychologique" chez des malades qui jugent leur état et qui se sentent médicalement abandonnés. (Un cas a été retrouvé dans nos observations : homme de 44 ans qui présentait des métastases hépatiques ; la douleur rectale était si violente que ce malade a réclamé l'intervention et a fini par "forcer la main".

Un autre problème est posé par le traitement du cancer de l'anus. Actuellement, devant les tumeurs petites et à base non indurée, le traitement radio-thérapique paraît indiqué. Mais dans certains cas, ce traitement physiothérapique n'arrête pas l'évolution et le traitement chirurgical donne dans cette indication des résultats déplorables ; utilisée initialement, la chirurgie donne, par contre, des résultats satisfaisants.

La coopération doit donc être étroite entre le chirurgien et le physiothérapeute, devant des cas limites. L'attrait de la conservation du sphincter ne doit pas priver le malade d'une chance de survie appréciable.

Les résultats que nous présentons sont assez décevants si on les compare à ceux d'autres études. Ils sont certainement alourdis par les conditions de recrutement du C.A.C., qui ne recueille pas les malades de "premier choix", mais accepte plus souvent le pire que le meilleur déjà écrémé par la pratique privée ou les services de chirurgie générale.

Ce travail a enfin le mérite d'une certaine sincérité. Il est basé sur des dossiers de malades longtemps suivis, grâce au système de contrôle et de surveillance prolongée en vigueur au C.A.C.

Si les décès que nous présentons sont "authentiques", les survies le sont également.

°

° °

B I B L I O G R A P H I E

La liste bibliographique citée ici comprend les ouvrages compulsés pour cette étude, ou simplement nommés. Devant la liste impressionnante d'ouvrages, ce sont, en majorité, les dernières publications que nous avons retenu.

-=-=-=-=-=-

- ADLOFF M., OBERLING F., GILLET M.

A propos d'une série de 345 cancers primitifs du côlon et du rectum. Ann. Chir. 1966, vol. 20, n° 23-24, pp. I323-1332.

- ALLAINES F. (D')

Vingt cinq années d'expérience de la chirurgie du cancer du rectum. Ann. Chir. Janv. I957, 33, n° 1-2, 7-I3.

- AMINEV A.M. et RODKIN S.A.

Expérience de vingt ans de traitement chirurgical du cancer du rectum. Khirourguia (Moscou) 1968, n° I, I4-19.

- BACON H.E.

Cancer of the côlon, rectum, and anal canal. Page 692, Philadelphia : J.B. LIP-PINCOTT Co, 1964.

- BASTARAUD H.

50 cas d'amputation abdomino-périnale à deux équipes pour cancer du rectum. Techniques et résultats immédiats. Thèse Paris, 1963, n° 446, 141 pages.

- BERGERET A. et BOUDREAUX A.

Les sarcomes non mélaniques et les tumeurs lymphohlastiques du rectum.
Rev. Chir. Janv. Mars 1942, 80, n° 1-3, 52-78.

- BERNICZEI M.

Résultats du traitement chirurgical du cancer du côlon et du rectum.
Zbl. Chir. 8 Août 1964, 89, n° 32, 1209-12I7.

- BEST RR. et RASMUSSEN J.A.

Résultats des opérations préservant le sphincter pour cancer du rectum moyen.
J.A.M.A. 15 Juin 1957, 164 n° 7, 739-743.

- BOLLOW J.

La survenue de hernies sacrées après amputation du rectum. Zbl. Chir. 8 Août 1961, 86, n° I4, 984-990.

- BOTSFORD T.W. ALIAPOULOS M.A., CURTIS L.E.

Résultats du traitement du cancer colo-rectal à l'hôpital Prter Bent Brigham
Am. J. Surg. Mai 1965, 109, n° 5, 566-571.

- BUSSEY H.J.R.

Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du rectum. Proc. Roy Soc. Med., 6 Juin 1963,56, n° 6, 494-496.

- BUTLER E.C.

Les cancers du gros intestin traités au London Hospital entre 1937 et 1966 inc. Proc. Roy. Soc. Med. Sept. 1967, 60 n° 9, 9I5-9I7.

- BENGMARK S. and LARSOLOF HALSTROM

The prognosis for patients with hépatic métastases from colonic and rectal carcinoma by laparotomy. in the natural history of primary and secondary malignant tumors of the liver 1. Carcer 1969, 23, 198.

- CANDIOTI A.N.

Cancer du côlon, du rectum et de l'anus. Expérience et résultats de seize ans. J. internat. Coll. Surgeons, Sept. 1964, 42-1, n° 3, 254-262.

- CHAMPEAU M. à BRUCHOU P.

Cancer du rectum. J. Chir. (PARIS) Mars 1967, 93, n° 3, 273-284.

- CHARDOT C.

De l'exentération pelvienne antérieure ou totale dans les cancers avancés du col utérin et du rectum. Etude de 25 observations. J. Chir., Fèv. I960, 79, n° 2, I85-198.

- CIMINATA A.

Le cancer du côlon et du rectum. Résultats chirurgicaux à longue échéance. Minerve Chir. 28 Fév. 1961, 16, n° 4, 201-209.

- SIR CLIFFORD NAUTON MORGAN

Am. J. Surg., 1968, 115, 442;

- COFFE J., VIGONI M.

Résultats immédiats et éloignés dans la chirurgie du cancer rectal. Acta gastro-entérol. belg., Nov. 1957, 20, n° 11, 848-855.

- COLCOCK B.P.

Progrès de la chirurgie dans le traitement du cancer du rectum.
Surg. gyn. obst., Nov. 1965, I21, n° 5, 997-1003;

- COLE W.H.

Recunence in carcinoma of the colon and proximal rectum following resection for carcinoma. Arch. of Surg. 1962, 65, 264.

- CONTE M. RISTELHUEBER J.

Circonstances et correction du dépistage du cancer du rectum. Rev. Prat. I Mars 1958, 8, n° 7, 703-709.

- COPELAND E.M. MILLER L.D. JONES R.S.

Pronostic factors in carcinoma of the colon and rectum
Am. J. of Surg. Déc. 1968, 116 n° 6, 875-881.

- CORREARD R.P.

Résultats des interventions non conservatrices dans le traitement chirurgical du cancer du rectum (2I7 cas). Thèse LYON 1967, 113 pages.

- DARGENT

Le cancer de l'anus. Rev. Prat. Ier Mars 1958, 8, n° 7, 703-709.

- DARGENT, PAPILLON, WILLEME

A propos du traitement du cancer du rectum. Place de la radiothérapie et de la chirurgie. Statistiques d'ensemble d'un centre anti-cancéreux LYON Chir. 1959, 55, 481.

- DEDDISH M.R.

Techniques chirurgicales pour cancer du côlon gauche et du rectum. Résultats définitifs 5 ans après dissection abdomino-pelvienne des ganglions lymphatiques.
Am. J. Surg. Fév. 1960, 99, n° 2, 188-190.

- DEDDISH M.R. ; WHITELEY H.W. Jr.

Complications de la résection abdomino-périnéale pour cancer du rectum;
Surg. Clin. North Amér. Av. 1964, 44, n° 2, 449-459.

- DELOYERS L. ; DETRAIN M.

Le traitement chirurgical du cancer du rectum. Réflexions à propos de 290 cas. Acta gastro-entérol. belg. Juil. 1966, 29, n° 7, 667-682;

- de MARIA A. ; SPALLONE A.

Résultats d'une enquête sur 100 opérés pour cancer de l'ampoule rectale. Minerva Gastro-enterol. Oct.-Déc. 1958, n°4 195-196.

- DEVITT J.E. ; ROTH L.A. ; MAYO, and BROWN F.N.

The significance of multiple adénocarcinomas of the colon and rectum. Ann. Surg. 1959, 169, 364.

- FRANCILLON J. ; VIGNAL J.

Les récidives in situ après résection antérieure pour cancer du rectum. Montpellier Chir., 1968, 14, n° I, 41-49.

- FLETCHER W.S., KRIPPAEHNE W.W., HARDWICK C.E., DUNPHY J.E.

Cancer du côlon et du rectum.
Résultats du traitement chez des malades hospitalisés.
Am. J. Surg. Janv. 1963 105, n° I 117-I25.

- GARDEN A.G. MORSON B.C.

Récidive après exérèse locale de polypes malins du rectum.
Proc. Roy. Soc. Med. Juil. 1964 57, n° 7, 559-561.

-GARRIZ R.A., STESCOBICH D., TROIANO R.A.

Cancer ano-recto-colique. Conduite chirurgicale et statistiques.
Prensa méd. argent. 3 Fév. I961, 48, n° 5, 272-275.

- GARLOCK J.H. et Coll.

25 ans d'expérience du traitement chirurgical du cancer du côlon et du rectum.
Analyse de 1887 cas. Disc. colon rectum. Juil. Août 1962 5 247. In Internat. Surg. dig. nov. 1962 71, n° 11 583.

- GASNIER P.

A propos de 59 cas de résection antérieure du rectum.
Thèse PARIS 1963 n° I089, 57 pages;

- GEROTA D. BUSU K. ZISSU I.

Les résultats fonctionnels de la résection abdomino-périnéale du rectum. LYON chir. Juil. 1960 56, n° 4, 479-491.

- GILBERTSEN V.A.

Amélioration du pronostic des malades atteints de cancer intestinal. Surt. gyn. obst. Juin 1967, 124, n° 6 1253-1259.

- GILBERTSEN V.A.

Les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectuM. Surg. gyn. obst. Mars 1962, 114, n° 3, 3I3-3I9.

- GREEN W.W., BLANK W.A.

Récidive périnéale après résection abdomino-périnéale d'un cancer du rectum. Internat. Surg. Dig. Août 1962, 72, n° 8 329.

- GRIMOUD M. LAPEYRIERE J.L., BRUGIER R.

Tendances actuelles de la chirurgie du cancer du rectum.
Ann. Chirg. (suppl. sem. hôp. PARIS) Fév. 1957 II, n° 3-4 185-192.

- GRINNELL R.S.

Résultats de la ligature de l'artère mésentérique inf. dans les résections de carcinome du côlon descendant du sigmoïde et du rectum.
Surg. gyn. obst. Mai 1965, 120, n° 5, 1031-1036.

- GRODSKY L.

Current -concepts on cloacogenic transitional cell ano-rectal cancers J.A.M.A. 1969, 207, 2057.

- HIGHTOWER B.M., JUDD E.S.

Squamous cell carcinoma of the anal canal and anus ; current status of thérapy. Mayo clin. proc. 1967, 42, 271.

-HOUDARD C1.

Indications et résultats de la conservation sphinctérienne dans le cancer du rectum.
Ann. chir. (sup. sem. hôp. PARIS), Déc. 1965, 19, n° 25-26 C. I649-I651.

- HOUDARD C1., CHEVREL J.P.

Résultats lointains des amputations abdomino-trans-anales du rectum.
Mèm. Acad. Chir. 1963, 89, n° I8-19, 549-559.

- HOUDARD C1. MICHON H., CHEVREL J.P.

Les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum.
Brit. J. Med. 6 Juil. 1963, n° 5348, 9-12.

- IMPERATI L., CAGETTI M.

Traitement chirurgical du cancer du colon gauche et du rectum. Technique et résultats.
Bull. Soc. Internat. chir. Mars-Avril 1966, 25 n° 2 145-I53.

- JACQUET

Cancer du rectum chez l'enfant.
Thèse LYON 1947.

- KHOLDIN S.A.

Complications après interventions radicales pour cancer du rectum et du sigmoïde.
Khirourguia (Moscou) 1967 n° 9, 128-I37.

- KOOTZ F.

Les résultats de la chirurgie du cancer du côlon et du rectum de 1946 à 1955.
Chirurg. Janv. 1959, n° I 10-14.

- KOSZARQWSKI T.

Indications et résultats des différentes méthodes chirurgicales dans le traitement du cancer du rectum.
LYON, Chir. Janv. 1966, 62 n° I 144-150.

- KOSZAROWSKI T.

Evaluation des indications et des résultats de diverses méthodes de traitement opératoire du cancer du rectum.
Montpellier chir. 1964, 10, n° 4, 281-293.

- KUX M., LILL H., SCHIMA E.

Nouveau développement et état actuel de la chirurgie du cancer du rectum à la clinique chirurgicale I.
Wien. Méd. Wschr. 2 Mars 1968, 118 n° 9-10 201-203.

- LAGACHE G. COMBEMALE B. PROYE C. DEPADT G.

Résultats globaux du traitement chirurgical du cancer du rectum. Indications des amputations et des résections.
Ann. Chir. (sup. sem. Hôp. PARIS) Déc. 1965 19, n° 25-26 C. 1632-1639.

- LAQUA J.-

Les résultats de l'exérèse sacro-iliaque du rectum.
Zbl. Chir. Janv. 1961, 86 n°4 462-464.

- LELIEUR R.C.

Bilan de la chirurgie pour cancer du rectum et du côlon gauche (5 dernières années) - Thèse PARIS 1964 n° I050 55 pages;

- LEVRAT M., LEONARD J.P., BRODSCHI F.

La durée de survie dans le cancer du rectum. A propos de 200 observations.
Rév. Lyonnaise Méd. 15 Juin 1968, 17, n° 11 483-489.

- LISFRANC J.

Mémoire sur l'excision de la partie inf. du rectum devenu adénocarcinomateuse.
Rev. Méd. Fr. 1826 2, 380.

- LI VOTI P., CATALIOTTI F.

Directives et résultats dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. Minerva Chir. 31 Août 1967, 22 n° I6 897-901.

- LOTKOWSKI K., BUCHCINSKI

Le cancer du rectum.
Sur les cas traités à l'Institut Anti-cancéreux de GLIWIC pour la période 1951-1959. POLSKI TYGOD. LAK 20 Mars 1961, 16 n° I2 430-435.

- LOYGUE J., DUBOIS F.

Tumeurs malignes du rectum. E.M.C. Estomac fasc. 9084 A IO 4/I963.

- Mc SHERRY C.K., CORNELL G.N., GLENN F.

Carcinoma of the côlon and rectum. Ann. Surg. 1969 169 502.

- MAYO C.

5 years survival after anterior resection for carcinoma of the rectum and recto-sigmoïd. S.G.O. 1958 106, 695.

- METZL J., BERGER R.

Résultats précoces et résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du gros intestin et du rectum. Zbl. chir. 29 Août 1959 84, n° 35 I421-I425.

- MILES W.E.

Méthod of performing abeomino-périnéal excision for carcinoma of rectum and terminal portionof pelvic colon. Lancet Lond. 1908 2 18I2.

- MORSON B.C., VAUGHAN E.G., BUSSEY H.J.R.

Récidive pelvienne après excision du rectum pour cancer. Brit. J. Med. 6 Juil. 1963 n° 5348 13-18.

- MOUCHET A.

Le cancer ano-rectal. Traitement chirurgical Indications et résultats éloignés. Entretiens de Bichet (Chirg. et spécialités). 1964 33-38.

- MOUCHET A., MARQUAND J., GARCIN J.P., DEBURGES A.

Etude d'une série de 275 cas de cancers ano-rectaux (2I4 exérèses). Arch. mal. app. dig. Janv.-Fév. 1964, 53, n° I-2 75-90

- MOUCHET A., MARQUAND J., CAMEY M. DOUSSET H.

A propos de 142 cas de cancer du rectum (113 exérèses) Mém. acad. chir. 3-10 Juil. 1957 83, n° 21-22 657-669.

- MOUSSET G.

Le cancer du rectum et son traitement. Acta chir. belg. Mai 1965, 64, n° 5, 721-734.

- NADLER S.J., PHELAN J.T.

La résection abdomino-périnéale (cancer du rectum) Surg. gyn. obst. Janv. 1969, 128, n° I 118-125.

- NOLLER F.

Récidive du cancer du rectum. Zbl. chir. 10 Fév. 1968, 93, n° 6, 237-246.

- OLIVIER Cl., EPFERLBAUM R., PARTURIER-ALBOY M., RETTORI R., BAUR O.

Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical sur une série de 112 malades atteints de cancer du rectum. J. Chir. Mars 1968, 95 n° 3 305-312.

- PELTOKALLIO P., PELTOKALLIO V., PASILA M.

Carcinoma of the rectum and colon in Children. Dis. Colon-rectum 1968 II 193.

- PEYCELON R., DELORE X., JEGOU Y., CORREARD R.

Enquête sur les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. Lyon, chir. Mai 1967 63, n° 3, 374-401.

- PEYCELON R., REPLUMAZ P., JEGOU Y.

A propos de la recto-sigmoïdectomie pour cancer. Statistiques homogènes de 155 ans. LYON CHIR. Juill. 1962, 58, n° 4 481-494.

- PEYSTER F.A. (de) GILCHRIST R.K.

Progrès dans la chirurgie du cancer du côlon et du rectum. Surg. clin. north Amer. oct. 1959 39 n° 5 1313-1324.

- POIRIER A., POIRIER J.P.

Tumeurs villeuses. Leur traitement par électrocoagulation. 1962.

- PORTA J.P.

Résultats du traitement du cancer du rectum et du recto-sigmoïde d'après 584 observations personnelles. Thèse LYON 1966 119 pages, n° 93.

- RAZEMON P. et coll.

Discussion sur les complications urinaires des amputations du rectum. Ann. Chir. (sup. sem. hôp. PARIS), Fév. 1966 20, n° 3-4 272 273.

- REYNOLDS C.T. M.D. LACOTE C.E. M.D. ROGERS W.P. jr. M.D. SUHASHI M M.D. Total salvage in adenocarcinoma of the rectum and rectosigmoïd. Surg. gyn. obst. nov. 1968 975-980.

- RIZK

Cancer du rectum. Notions statistiques.
Rev. Prat. 8, n° 7 691-701.

- ROSATO F.E., BUCK W., ROSATO E.F.

Squamous cell carcinoma of the anal canal
Dis. colon-rectum 1968 II 209.

- RUDLER J.C.

Le point de vue du chirurgien sur le traitement du cancer du rectum.
Gastroenterologia 1959 92, n° 4-6 297-301.

- RYZHIKH A.N., FAIN S.N.

Palliative resection in carcinoma of the rectum with métastases.
Khirourguia 1967 112.

- SAEGESSER F., WARIDEL D.

Chronic ulcerative colitis and carcinoma of the longinites time.
J. Chir. Par. 1966 91 455.

- SALLERASI V.

Expérience personnelle de la chirurgie du cancer du rectum.
LYON chir. Janv. 1966 62 n° I 140-I43.

- SEIRO V., TURUNEN M.

Résultats du traitement de 297 cas de cancer du rectum entre 1949 et 1960.
Acta chir. scand. Nov. 1961 122 n° 4-5 438-444.

- SORENSEN B.L., STANCKE B.

Suivie après chirurgie radicale pour cancer
Sigmoïde et rectal au Danemark entre 1943-I947 et 1948-1952.
Acta chir. scand. 1968 134 n° 5 392-397.

- TORRES L.V.

La résection abdomino-périnéale synchronisée pour cancer du rectum (10 cas)
Prensa med. argent. 14 dec. 1962 49, n° 50 2567-2572.

- TOUPET A.

L'amputation du rectum avec abaissement systématique du côlon transverse et essai d'anus périnéal continent.
Rev. chir. nov. déc. 1950 69 n° 11-I2 334 340

- TRIVELLINI A.

Résultats éloignés du traitement du cancer du rectum.
Arch. ital. chir. 1963 89 n° I, 116-118.

- VILLAR J. BIRBIS P., MAUMY J.

L'amputation abdomino-périnéale du rectum par le procédé synchrome à deux équipes. (Réflexions au sujet de 18 observations).
BORDEAUX chir. Juil. 1959 n° 3 I09-118.

- WELCH C.E., BURKE J.F.

Les modifications des conceptions de traitement des cancers du côlon et du rectum. Bull. soc. int. chir. Oct. 1960 19 n° 5 559-571.

- WHEELOCK F.C., Jr., TOLL G. Mc KITTRICK L.S.

Valeur de la résection antérieure du rectum et du sigmoïde inférieur.
New England J. Med. 12 Mars 1959 260 n° 11 526-530.

- WILLIAMS R.D. et coll.

Comparaison des résections antérieures et abdomino-périnéales pour cancer du côlon pelvien et du rectum.
Am. J. surg. Janv. 1966. III n° I 114-119.

- WITTOESCH J.H., JACKMAN R.J.

Résultats du traitement conservateur du cancer du rectum chez les malades inaptes à l'opération.
Surg. gyn. obst. nov. 1958 107 n° 5 648-650.

-:-:-:-:-

Le Président :

Monsieur le Professeur MARQUES.

Le Doyen :

Monsieur LAZORTHES

Vu et Permis d'imprimer

Toulouse, le 20 Mars 1970

Le Recteur

Président du Conseil de l'Université

Monsieur CHALLIN